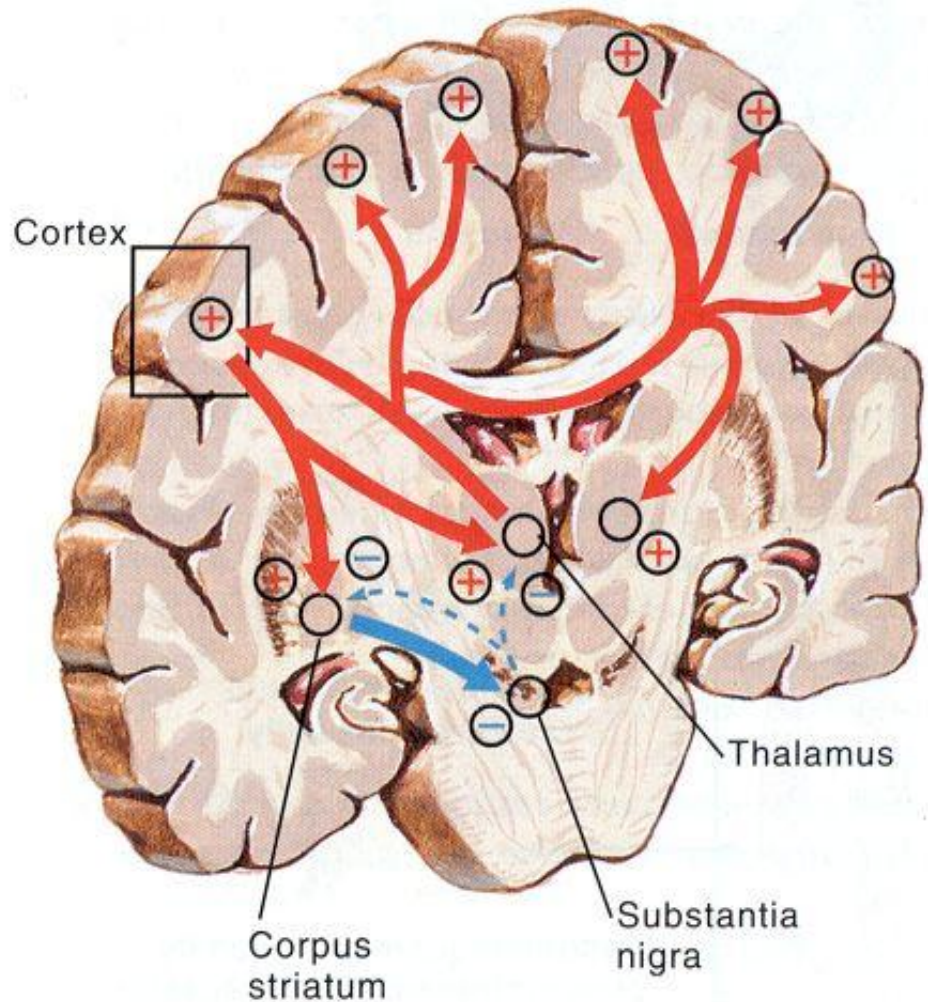


Определение эпилепсии.

Эпилепсия - хроническое заболевание головного мозга различной этиологии, проявляющееся повторными спонтанными приступами нарушений двигательных, чувствительных, вегетативных или психических функций, возникающих вследствие чрезмерных нейронных разрядов.

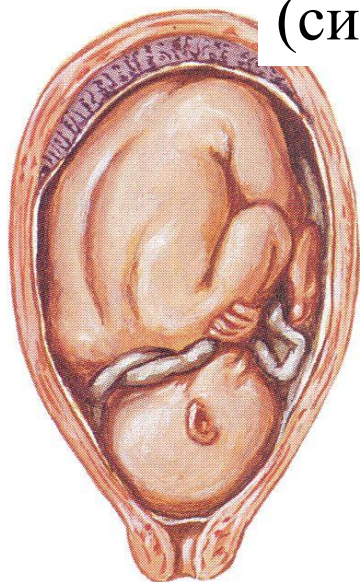
Эпилептический очаг

- совокупность эпилептических нейронов
 - ионный дисбаланс
 - дефицит ГАМК
 - избыток глутамата
 - синхронная активность



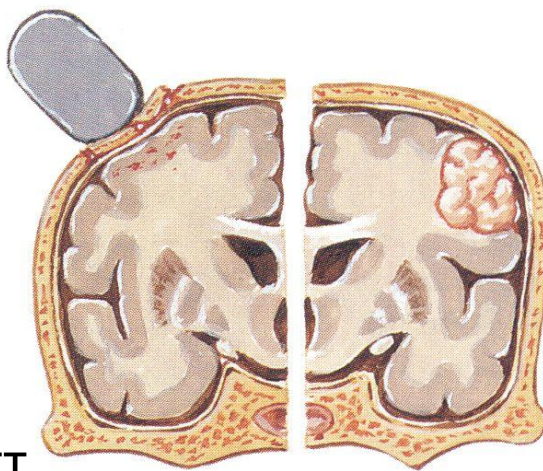
Этиология эпилепсии

(симптоматические эпилепсии)



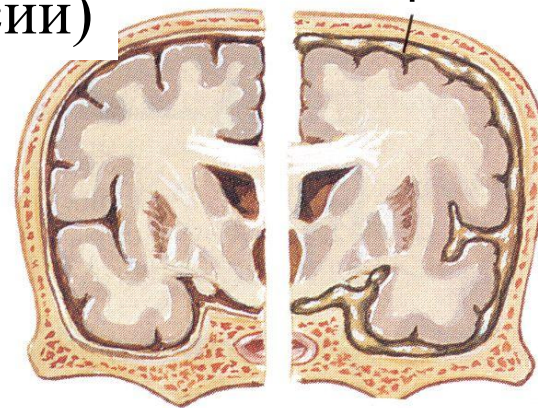
ГИПОКСИЯ

травма

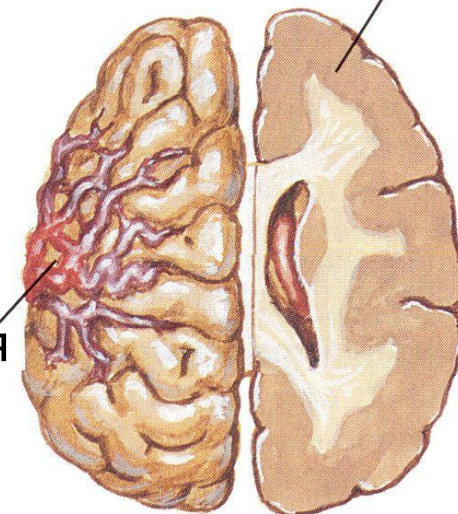


опухоль

инфекция

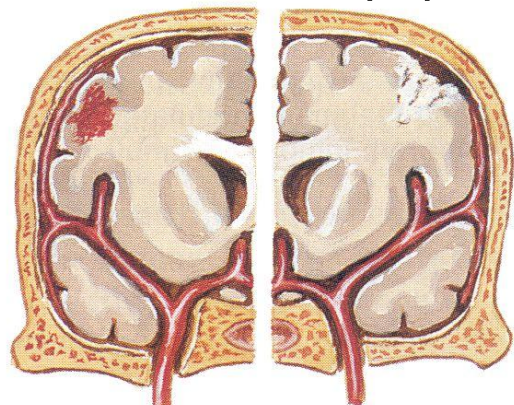


кортикальная дисплазия (толстая кора)



сосудистая мальформация

кровоизлияние инфаркт



Этиология эпилепсии

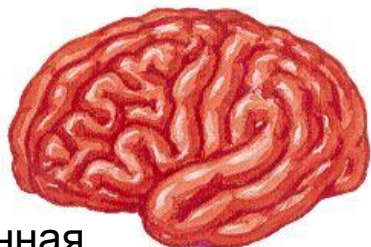
- Идиопатическая эпилепсия - генетически обусловленные дефекты, не связанные со значительными структурными нарушениями головного мозга



Классификация припадков.

- Генерализованные (судорожные и бессудорожные)
 - абсансы
 - Тонико-клонические
 - клонические
 - Тонические
 - миоклонические
 - атонические
- Парциальные (фокальные) (в 80% у взрослых, в 60 % у детей)
 - простые (сознание не нарушено)
 - с моторными симптомами
 - с сенсорными симптомами
 - с вегетативными симптомами
 - с психическими симптомами
 - комплексные (с нарушением сознания)
 - вторично генерализованные

Генерализованные тонико-клонические припадки



одновременная
билатеральная
судорожная
активность

тоническая фаза



утрата сознания, падение, крик,
генерализованное тоническое
напряжение конечностей, часто
недержание мочи

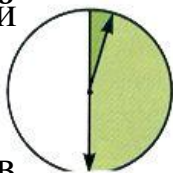
клоническая фаза

подергивание
конечностей



тонико-клоническая
фаза длится
1-2 минуты

постиктальный
период от
нескольких
минут до часов

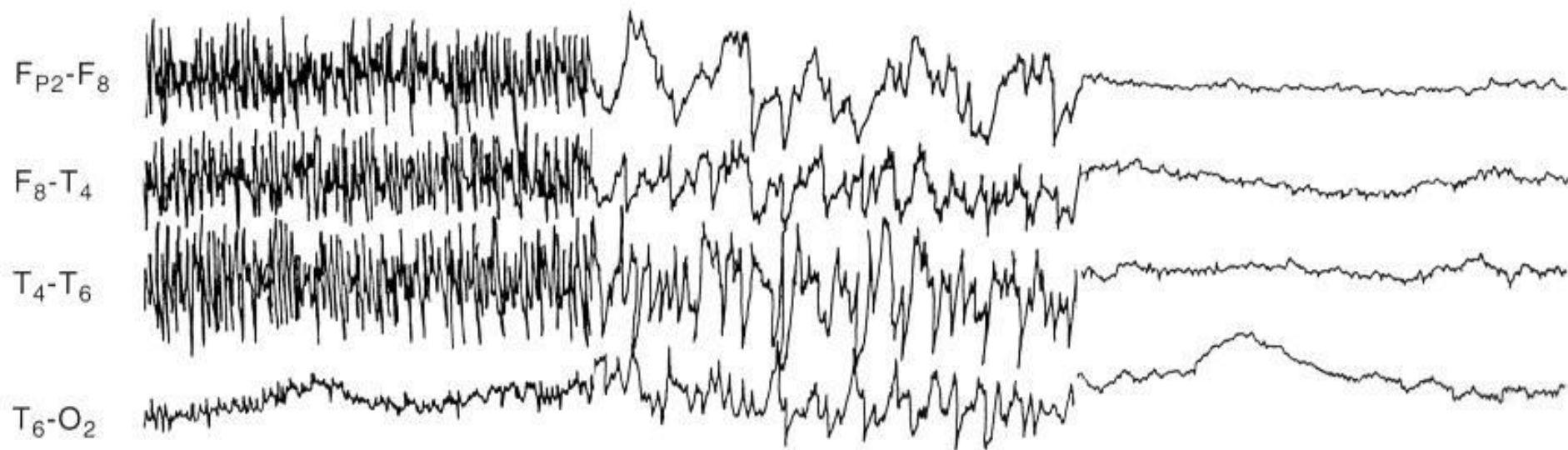


постиктальная фаза



пациент сонлив и оглушен после припадка,
часто спит

ЭЭГ при тонико-клоническом припадке



тоническая
фаза

клоническая
фаза

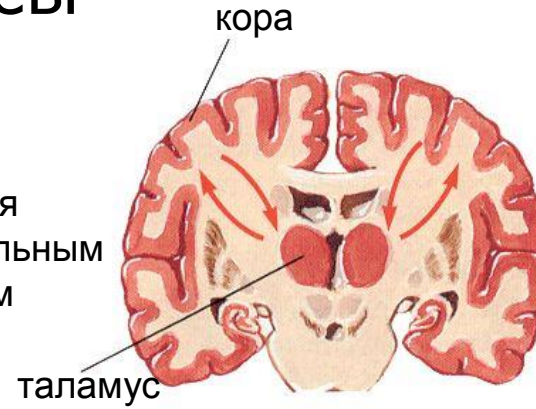
постиктальная
фаза

Абсансы

ребенок в ясном сознании до и после припадка



являются результатом ненормального взаимодействия между кортикальным и таламическим проведением



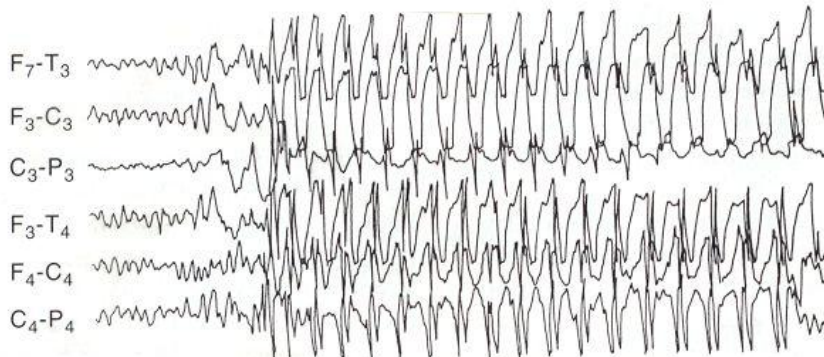
утрата внимания
остановившийся взгляд
моргание или
подъем глаз вверх

типичный абсанс
нарушение сознания
на протяжении
2 - 15 секунд

внезапное начало

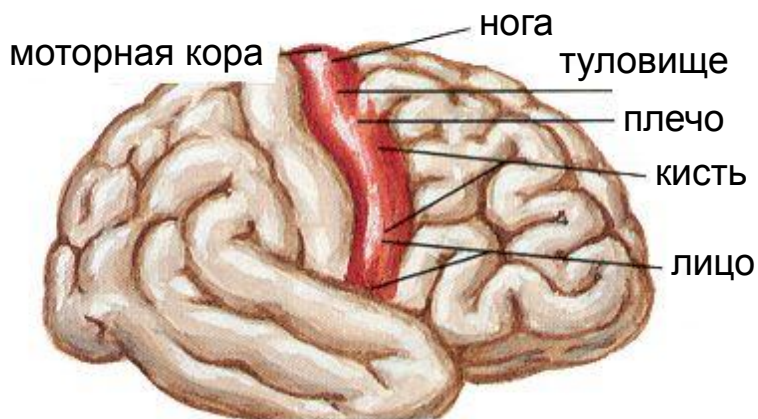
2 - 15 сек

внезапное окончание



ЭЭГ при типичных абсансах

Простые парциальные припадки (фокальные моторные припадки с джексоновским маршем)



Моторная кора организована соматотопически. Часть тела, вовлеченная в припадок, может помочь локализовать epileptический очаг



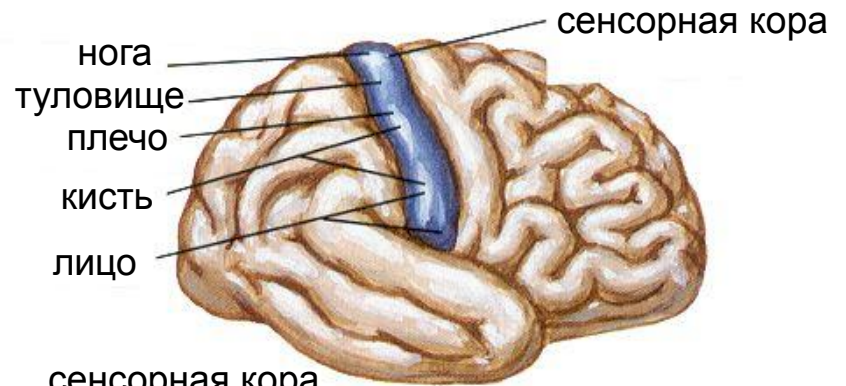
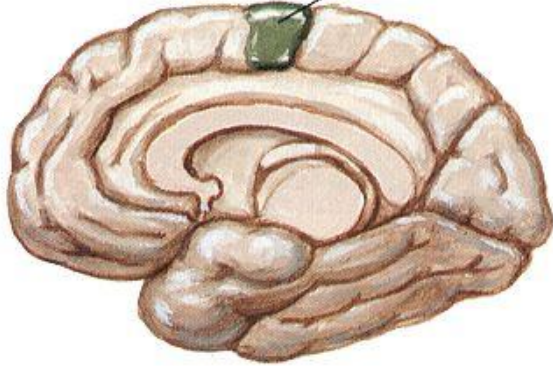
Фокальный моторный припадок справа



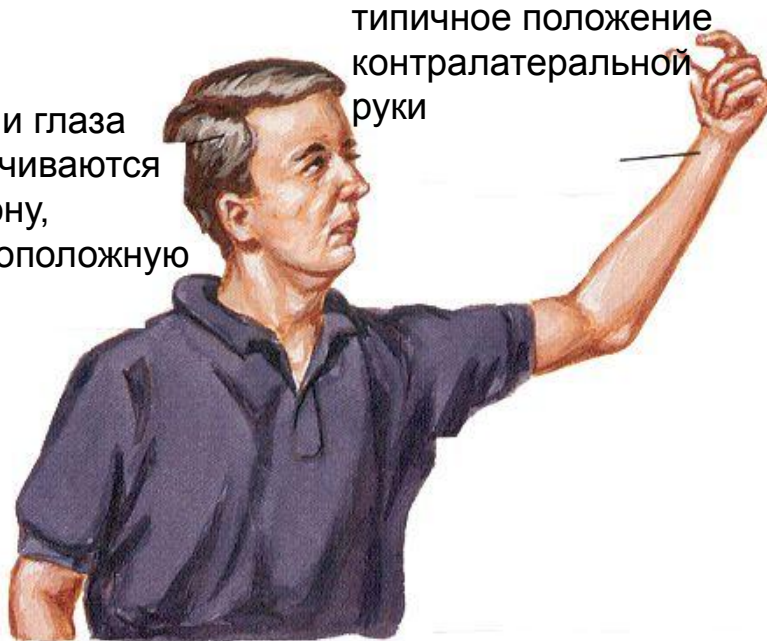
После припадка может сохраняться парез (паралич Тодда)

Простые парциальные припадки (фокальные моторные и соматосенсорные припадки)

дополнительная моторная кора



голова и глаза
поворачиваются
в сторону,
противоположную
очагу



типичное положение
контралатеральной
руки

сенсорная кора
также организована
соматотопически

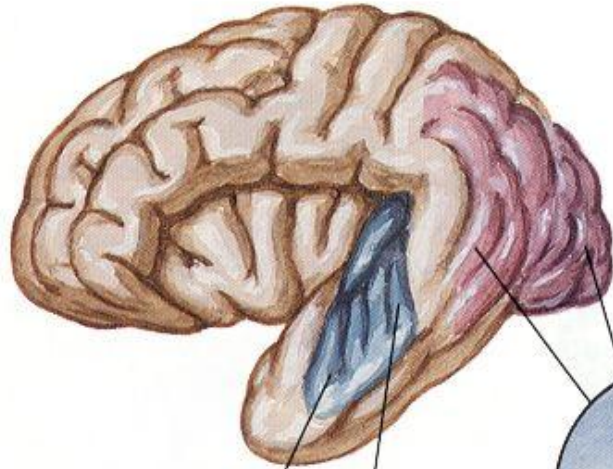


онемение и
покалывание

простой парциальный припадок,
берущий начало в дополнительной
моторной коре

сенсорные симптомы распространяются
по типу джексоновского марша

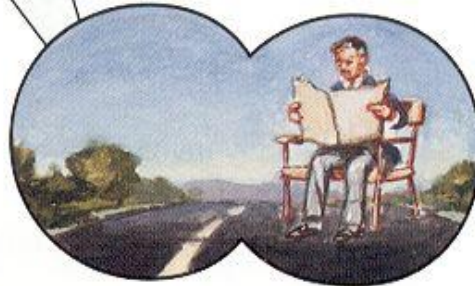
Простые парциальные припадки (сенсорные припадки)



простые звуковые
иллюзии или
галлюцинации:
звон, шум



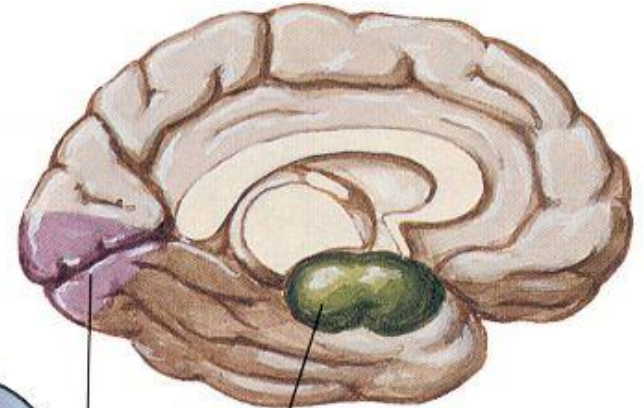
сложные слуховые
галлюцинации:
музыка, голоса



сложные зрительные галлюцинации
(задняя височная, теменная, затылочная
зрительная ассоциативная, лимбическая кора)



простые зрительные галлюцинации
(затылочная доля)

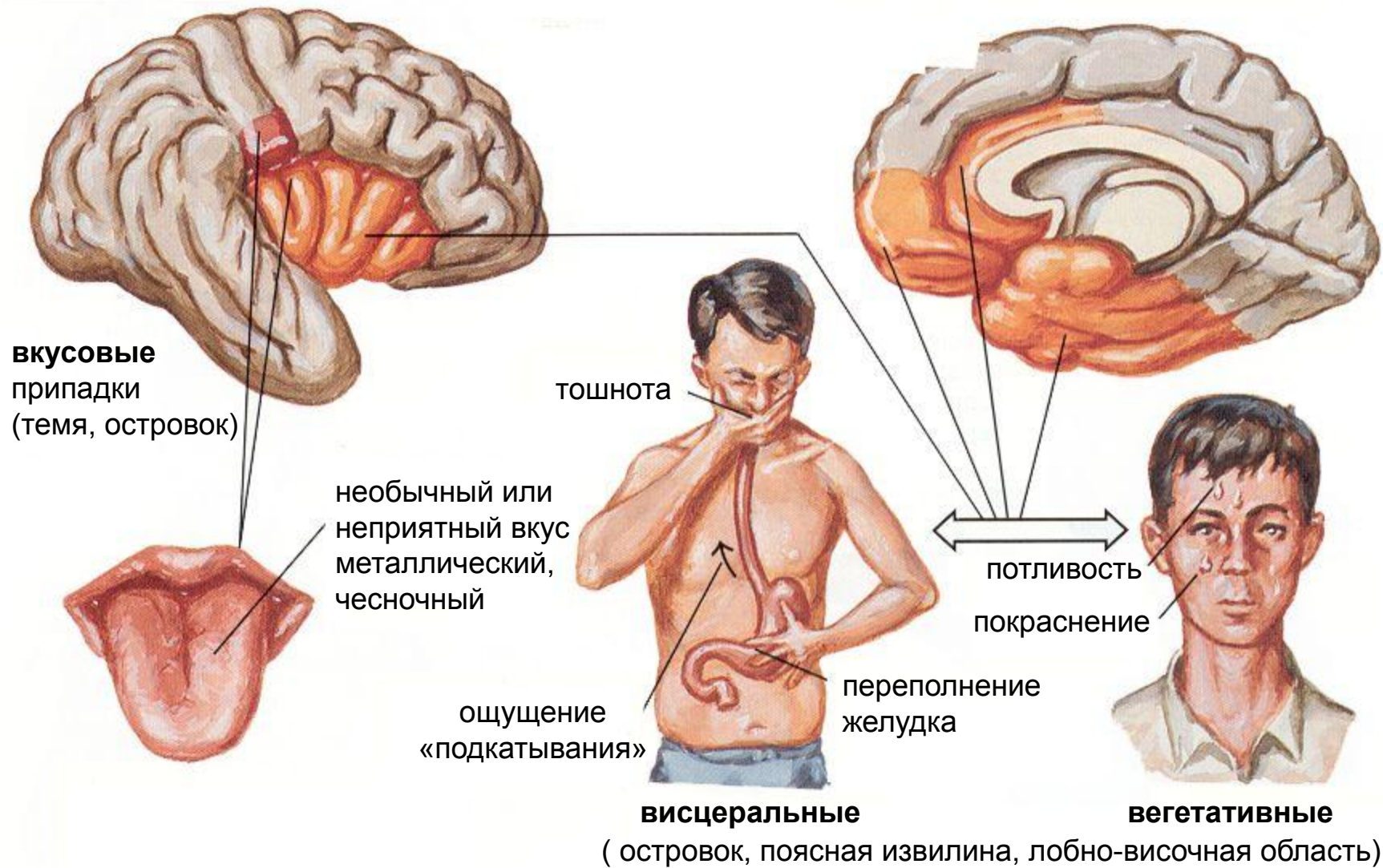


обонятельные припадки
(крючковидная извилина)

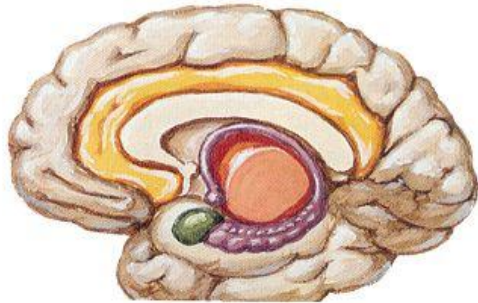


обычно неприятный
запах (паленой резины)

Простые парциальные припадки (сенсорные вкусовые, висцеральные и вегетативные припадки)



Комплексные парциальные припадки (психомоторные автоматизмы)



большинство автоматизмов берут начало в височной или лобной долях и вовлекают лимбические или паралимбические структуры



жевание,
прищмокивание
губами

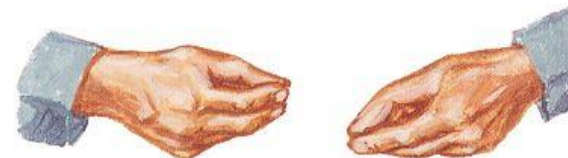
повторная, кажущаяся целенаправленной активность: одевание и раздевание, застегивание пуговиц



пациент бессознательно продолжает начатое дело

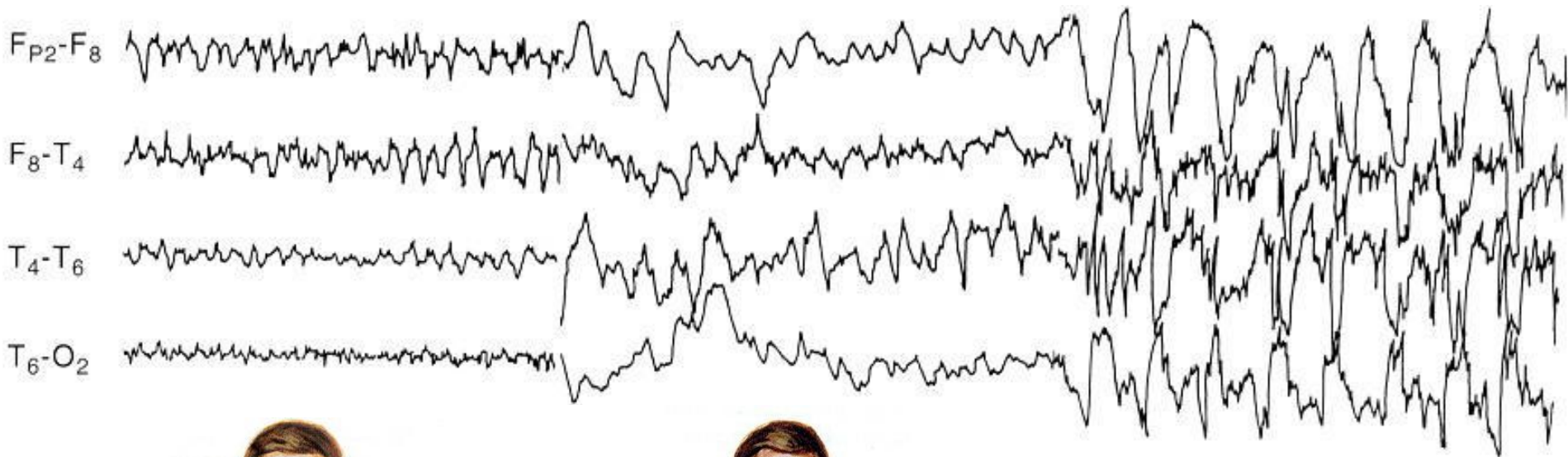


хлопание или
потирание ладонями



«скатывание пилюль»

Генерализация эпилептической активности при височно-долевой эпилепсии



простой
парциальн
ый



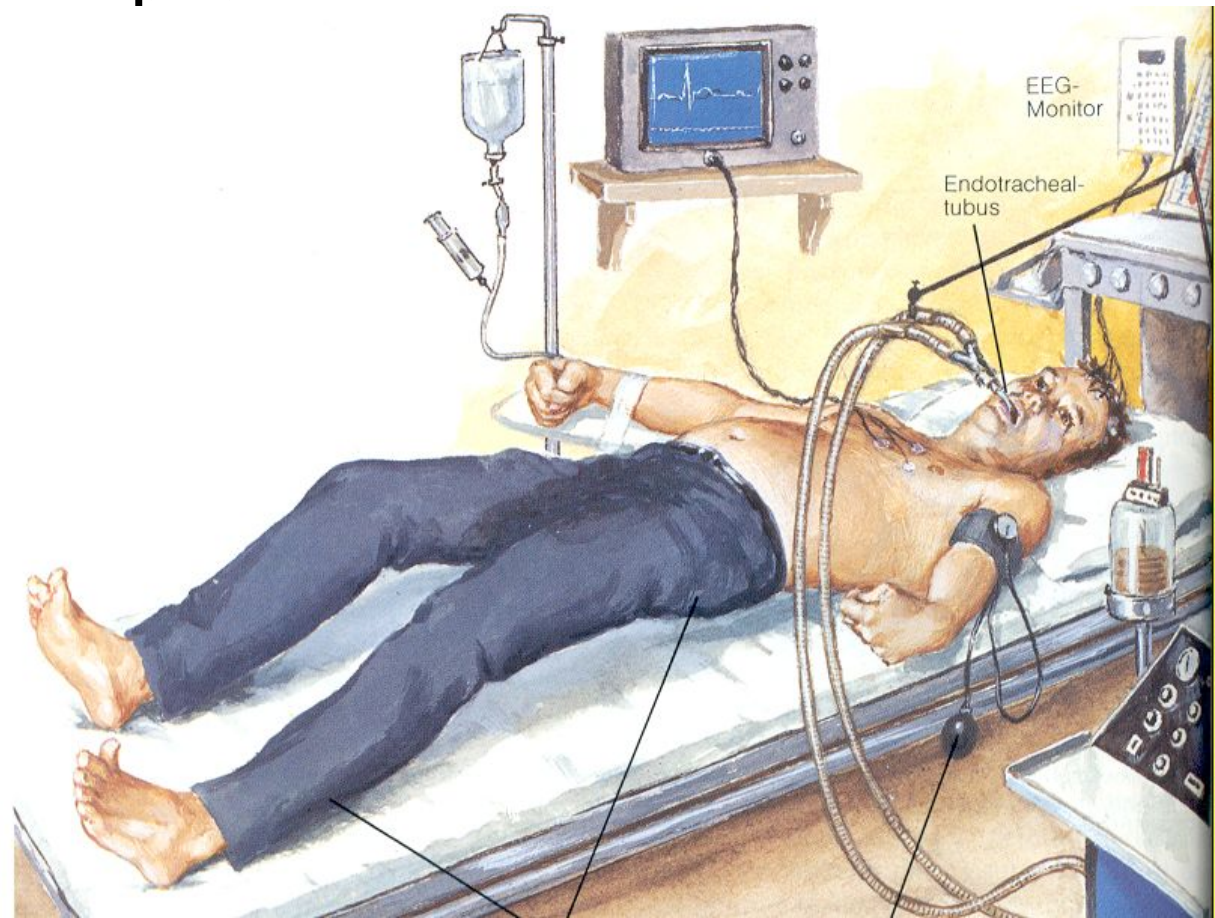
сложный
парциальн
ый



вторично-
генерализованн
ый
Тонико-
клатонический

Причины эпилептического статуса.

- Плохо контролируемая эпилепсия.
- Отмена противосудорожных препаратов
- Алкоголь или наркотики
- ОНМК
- Травма
- Менингит
- Энцефалит



Причины изменения личности у пациентов с эпилепсией

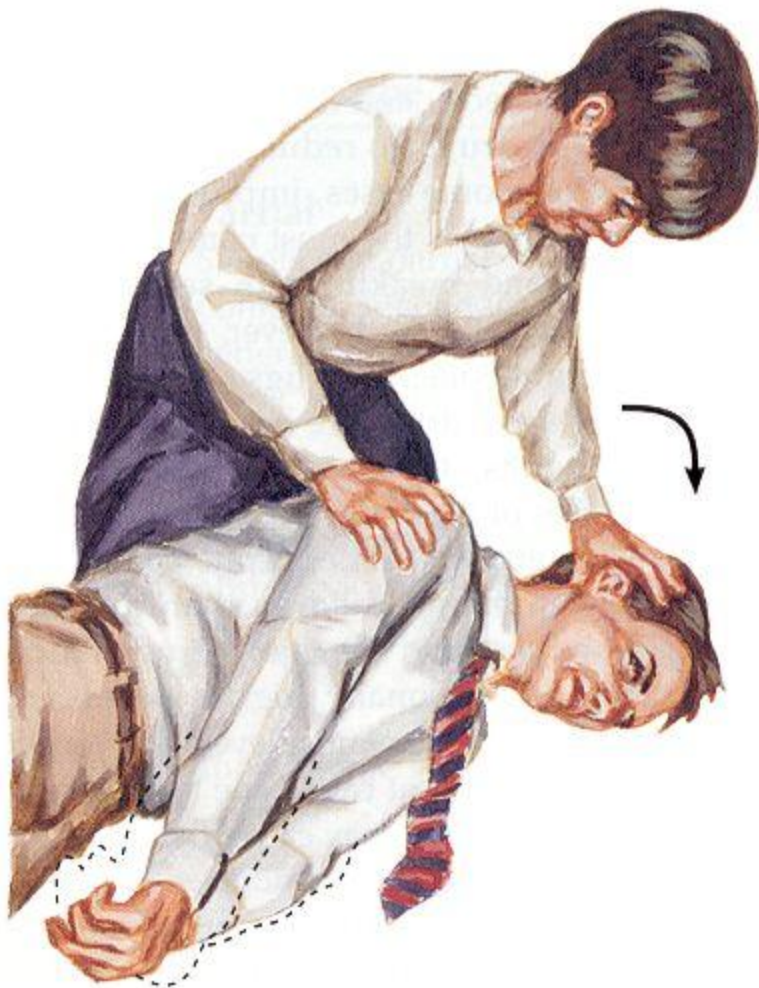
- органическое поражение мозга
- повторные нейронные разряды,
дезорганизующие функцию различных
зон мозга
- реакция пациента на болезнь
и ее социальные последствия
- побочные эффекты
противосудорожных препаратов

Методы исследования пациентов с эпилепсией

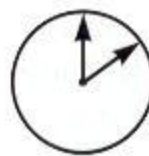
- Электроэнцефалография (ЭЭГ) - 50 %
- ЭЭГ с провокационными пробами - 70 %
 - гипервентиляция
 - ритмическая фотостимуляция
- ЭЭГ после депривации сна - 80 %
- ЭЭГ (полиграфия) сна - 90 %
- ЭЭГ-видео мониторинг
- Нейровизуализация
 - МРТ - структура очага



Помощь при тонико-клонических припадках



уложить на бок во избежании аспирации



зафиксировать
длительность
припадка



освободить одежду, снять очки

Лечение эпилептического статуса.

- Обеспечение дыхания, предотвращение асфиксии.
- В/в введение 10-20 мг диазепама (реланиума) с 40% глюкозой, повторно (интервал > 10 минут) до 40 мг
- В/в депакин 400-800 мг
- Госпитализация в реанимационное отделение
- Наркоз:
 - мидазолам (дормикум) в/в 0,2 мг/кг, далее 0,1-1 мг/кг/час
 - оксибутират натрия 20 % 1-2мл/мин (до 10 мл)
 - тиопентал натрия (гексенал) 1г в 10 мл физ. раствора (1 мл на 10 кг) в/в медленно в течение 1-2 минут (max 80 мл/сутки)
 - закись азота с кислородом 1:2
- Контроль коррекция КЩС, электролитного, углеводного обмена и показателей свертывающей системы крови
- Профилактика и лечение ДВС синдрома
- После купирования судорог пероральный прием антиконвульсантов (при необходимости через зонд)

Общие принципы лечения эпилепсии.

- Оптимальное время начала
- Индивидуальность
- Комплексность
- Непрерывность
- Длительность - возможна постепенная
(за 3-6 мес) отмена препаратов
через 2-5 лет после достижения ремиссии

Препараты для лечения эпилепсии.

- Генерализованные судорожные припадки:

- вальпроаты 900-1200 мг/сут
- фенитоин (дифенин) 200-300 мг/сут
- карбамазепин 600-800 мг/сут
- фенобарбитал 100-150 мг/сут
- *ламотриджин* 300-400 мг/сут

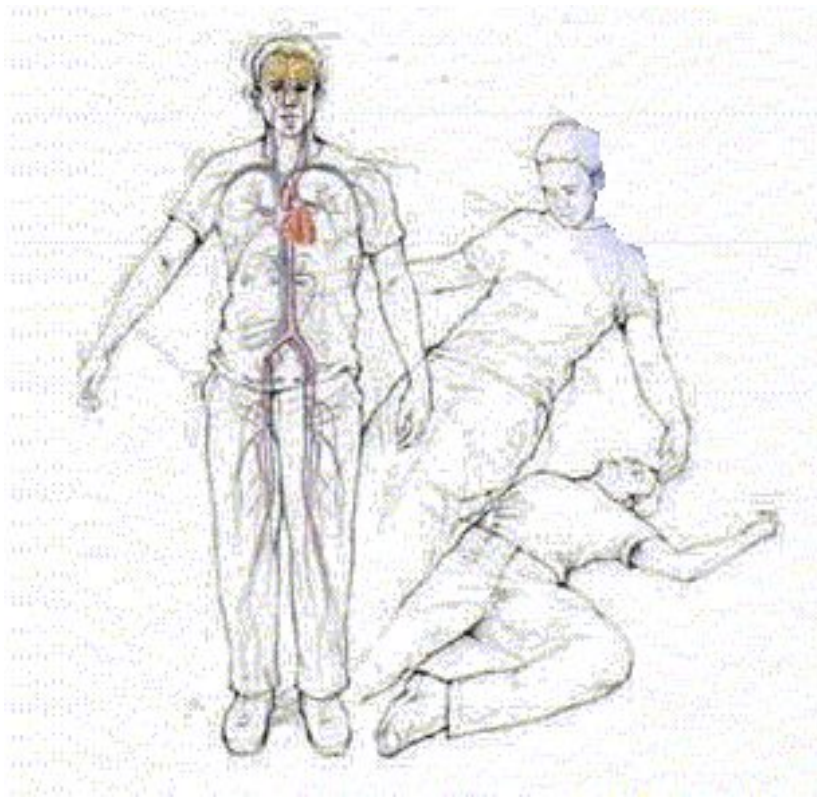
- Абсансы:

- вальпроаты 900-1200 мг/сут
- этосуксимид 750 мг/сут
- клоназепам 4-6 мг/сут
- *ламотриджин* 300-400 мг/сут

- Парциальные припадки:

- карбамазепин 600-800 мг/сут
- вальпроаты 900-1200 мг/сут
- фенитоин (дифенин) 200-300 мг/сут
- *ламотриджин* 300-400 мг/сут
- *топирамат* 200 мг/сут
- *габапентин* 1200-1800 мг/сут
- *леветирацетам* 1500 мг/сут

- Обморок – состояние, характеризующееся кратковременным нарушением сознания, возникающее вследствие преходящей ишемии (гипоксии) мозга, сопровождающееся утратой постурального мышечного тонуса, сердечно-сосудистыми и дыхательными расстройствами.



Типы обмороков

- Неврогенные
 - вазодепрессорные (вазовагальные)
 - гиперчувствительность каротидного синуса
 - ортостатические
 - гипервентиляционные
 - психогенные
- Соматогенные
 - кардиогенные
 - при цереброваскулярных расстройствах
 - гиповолемические
 - метаболические (гипоксия, гипогликемия, интоксикации)
 - кашлевые (беттолепсия)
 - ятрогенные

Критерии диагноза панических расстройств

- А. 4 из следующих признаков развиваются внезапно и достигают максимума в течение 10 минут**
- ощущение нехватки воздуха, одышка
 - затруднение дыхания, ощущение удушья
 - ощущение пульсации, сердцебиения
 - дискомфорт в левой половине грудной клетки
 - головокружение, неустойчивость
 - слабость, дурнота, предобморочное состояние
 - озноб, тремор
 - приливы жара или холода
 - потливость
 - парестезии
 - страх смерти
 - страх совершить неконтролируемый поступок
 - дереализация, деперсонализация
- В. Повторяемость приступов: не менее 4-х приступов на протяжении 4-х недель**
- С. Отсутствие связи с органическими заболеваниями головного мозга, интоксикацией или соматическими заболеваниями**

Лечение больных с паническими расстройствами (атаками)

A. Купирование панической атаки

- поведенческая терапия
- внушение
- транквилизаторы
- седативные средства

B. Предупреждение повторения панических атак

- психотерапия
- антидепрессанты (амитриптилин 75 мг/сут, кломипрамин 25-50 мг/сут, миансерин 30-60 мг/сут, флуоксетин 20 мг/сут, сертралин 50 мг/сут, пароксетин 20 мг/сут, ципрамил 20 мг/сут и другие)
- атипичные бензодиазепины (клоназепам 1-2 мг/сут, алпразолам 2-3 мг/сут)

C. Лечение основного синдрома / заболевания - депрессии, невротических тревожных и истерических расстройств

- психотерапия
- антидепрессанты
- нейролептики (сонапакс 20-75 мг/сут, терален 15-20 мг/сут и другие)
- транквилизаторы и седативные средства (персен 3-6 таб/сут,
- грандаксин 100-150 мг/сут, атаракс 25-50 мг/сут, транксен 20-30 мг/сут и другие)
- симптоматическая терапия (вестибулолитики, бета-адреноблокаторы, ноотропы, адаптогены)
- акупунктура
- биологическая обратная связь